

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 95

LE

PIED TORDU NEVROSIQUE

SON TRAITEMENT

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1921

PAR

Gontran LAPPART

Né à Roujan (Hérault), le 16 Février 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs

de la Thèse

VIRES, professeur, *Président*.

VEDEL, professeur.

GAUSSEL, agrégé.

RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

LE PIED TORDU NÉVROSIQUE
SON TRAITEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 95

LE

PIED TORDU NEVROSIQUE

SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1921

PAR

Gontran LAPPART

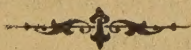
Né à Roujan (Hérault), le 16 Février 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

VIRES, professeur, *Président*.
VEDEL, professeur.
GAUSSEL, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Anatomie		MARGAROT.	Accouchements		GALAVIELLE.
Chimie		DELMAS (J.)	Histoire natur.		CABANNES.
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. VIRES, professeur, <i>président</i> .		MM. RIMBAUD, agrégé.
VEDEL, professeur.		GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND PÈRE
ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Pour tous ses sacrifices.

A MA MÈRE

Pour tout son amour.

G LAPPART,

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

G. LAPPART.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est agréable d'adresser à tous nos Maîtres de la Faculté nos sincères remerciements et l'expression de notre vive reconnaissance.

Monsieur le professeur agrégé Rimbaud fut notre conseiller intime pendant notre scolarité médicale; il a été l'inspirateur de ce travail et c'est à lui que nous devons de passer aujourd'hui notre thèse. Il a été pour nous un guide sûr et éclairé, et il nous est très agréable de lui donner l'assurance que notre reconnaissance dépasse le Maître et va non à l'Ami, mais au Père qui sut, de ses conseils, nous éviter les écueils d'une vie particulièrement difficile.

Nous offrons à Monsieur le professeur Vires, l'hommage de notre meilleure gratitude, pour la confiance dont il nous a jugé digne en acceptant la présidence de cette thèse.

La bienveillante aménité de Monsieur le professeur agrégé Gaussel, nous a été plusieurs fois précieuse, et, puisqu'il a accepté de nous juger aujourd'hui, nous lui demandons la permission d'y faire appel une fois encore.

Nous avons conscience de tout ce que nous devons à Messieurs les professeurs Vedel, Forgeue, Ducamp, Granel, Tédénat, Vallois, Delmas, Leenhardt. Nous aurions voulu n'être que le disciple attentif de tels Maîtres, et ils nous ont tendu la main comme à un ami.

A eux, toute notre gratitude.

LE

PIED TORDU NÉVROSIQUE

SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Bien que d'actualité, après une pareille guerre, le sujet que nous allons traiter, n'est pas des plus nouveaux. Les psychonévroses de guerre, en effet, avaient été déjà signalées et étudiées, lors de la guerre sud-africaine, et surtout lors de la guerre russo-japonaise.

Les psychiatres anglais, tels que Stewart et Kay, ou russes, tels que Jacoby, Soukanoff et Chaïkewitch, avaient signalé la grande fréquence dans les guerres modernes, des cas de psychoses et psychonévroses. Ils avaient noté la prédominance, à côté des vésanies ou folies proprement dites, de psychoses et psychonévroses aiguës, souvent passagères, analogues cliniquement à celles résultant des grands accidents; ils avaient noté également la multiplicité particulière des cas de ce genre, à la suite des batailles maritimes et particulièrement des explosions de navires; et ils avaient insisté, enfin, sur la nécessité d'une assis-

tance psychiatrique, pour les armées en campagne, consistant, par exemple, en hôpitaux, improvisés dans des localités suffisamment éloignées de la base des opérations.

Il était dès lors, à prévoir, que la guerre actuelle allait faire éclore les plus graves désordres psychopathiques, désordres devant résulter de la variété et de l'intensité des explosifs.

Au cours de ce duel gigantesque, où toute la science et la force des partis en présence, ne tendaient qu'à la découverte de l'explosif le plus puissant, du projectile le plus formidable, on devait s'attendre chez les combattants, à l'apparition de troubles nerveux ou mentaux, comme corollaire des ébranlements, des chocs, du surmenage, de la tension nerveuse, de la fatigue, et surtout des émotions multiples, auxquels ils furent soumis.

Et ces prévisions se sont en fait réalisées. La guerre actuelle a fait éclore une série de manifestations psychonévropathiques, avec lesquelles les médecins étaient peu familiarisés. Elle a multiplié à l'infini, dans un temps relativement court, le nombre des psychonévroses, elle a modifié de mille manières, leurs conditions d'apparition, créant ainsi de nouvelles nécessités, et réclamant une thérapeutique énergique et surtout rapide.

C'est de cette thérapeutique, que nous allons essayer ici de tracer les grandes lignes, thérapeutique qui nous paraît aujourd'hui bien arrêtée et bien au point. Et s'il y a eu, nécessairement, les tâtonnements et les erreurs du début, nous pouvons dire aujourd'hui, sans crainte d'exagération, que la psychothérapie raisonnée et persuasive, telle que l'ont pratiquée MM. Roussy et Boisseau, au Centre de Besançon, M. Rimband, à Marseille, avec les adjouvants que nous indiquerons, est susceptible de guérir presque tous les psychonévrosés.

Les cures, obtenues par eux, dans ces diverses formations, en sont la meilleure des preuves.

L'observation ci-après nous a été donnée par le Centre Neurologique de Guerre de la XVI^e Région, nous la reproduisons fidèlement.

OBSERVATION ANCIENNE

DU CENTRE NEUROLOGIQUE DE GUERRE DE LA XVI^e RÉGION

Le soldat A. A..., âgé de 22 ans, profession de cultivateur, mobilisé le 1^{er} septembre 1914, est blessé le 6 avril 1915, à Mesnil, par éclatement de torpille. Une torpille allemande éclate à ses pieds, il reçoit deux éclats au cou et des égratignures à la face.

Evacué d'abord sur l'Hôpital général de Tours, il y reste jusqu'au 10 juin 1915. De là, il est envoyé à son dépôt (Mende) où il reste jusqu'au 30 janvier 1916. C'est alors qu'il arrive au Centre neurologique de guerre de la XVI^e région, le 31 janvier 1916, où il restera près de deux ans, jusqu'au 21 décembre 1917.

Après sa blessure, le soldat A. A... est resté sourd pendant trois mois, et c'est pour les oreilles qu'on le soignait à Tours. Il présentait également des troubles de la vue.

Les troubles de la marche auraient commencé au mois de mai 1915, un mois environ après la commotion, et pendant qu'on le traitait pour les oreilles.

A son arrivée au Centre neurologique, on fait le diagnostic de: « Psychonévrose sensitivo-motrice, forme trouble de la démarche ».

A l'examen, le malade présente:

Etat mental. — Légers symptômes d'émotivité, d'irrita-

bilité et d'instabilité mentale. Troubles légers de l'attention.

Etat de la motricité. — Ne peut se courber (douleurs dans les reins); tremble en faisant les mouvements; décompose le pas, et marche en décomposant avec un peu de peine.

Dans la station debout, tendance à se poser sur le bord externe du pied gauche, la jambe gauche demi-fléchie. La marche est déviée constamment sur la gauche.

Electro-diagnostic. — Réactions électriques égales des deux côtés.

Etat de la sensibilité. — Analgésie diffuse.

Etat de la réflectivité. — Réflexes normaux.

Examen radiologique. — L'examen ne révèle aucune lésion au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

Conclusions cliniques. — Psycho-névrose sensitivo-motrice après commotion de guerre et troubles auditifs secondaires.

Marche de la maladie. — Du 9 février 1916 au 15 juillet 1916: état stationnaire. Le 15 juillet 1916, nous trouvons cette note:

Pseudo-pied bot varus par atonie musculaire des péroniers latéraux.

A été immobilisé dans le plâtre pendant une dizaine de jours, en vue du plâtro-massage; à sa sortie du plâtre le renversement du pied s'est trouvé plus accentué (l'atonie musculaire s'était donc accrue du fait de l'immobilisation). A la suite de cette épreuve, on décide l'électrothérapie.

Du 9 août 1916 au 18 août 1917: état stationnaire, maintenir pour traitement; reçoit deux appareils pour redressement de ses pieds.

Le 18 août 1917, nous lisons: marche avec une canne, sur le côté externe du pied gauche et sur la partie externe

de la face plantaire du pied droit. Le pied gauche se fléchit en dedans. A la fin de la marche, lorsqu'il s'arrête, ses jambes se dérobent et il a besoin d'un point d'appui. Dans la position allongée au repos, le pied droit a l'attitude normale ordinaire. Le pied gauche est un peu tombant et dévié en dedans. Les mouvements de l'articulation du pied droit s'exécutent normaux et faciles. La flexion dorsale du pied gauche n'est pas possible.

Douleurs articulaires surtout aux genoux, avec variations de température.

Douleur profonde accusée à la pression et à la percussion du mollet et de la face plantaire des pieds.

Le 23 octobre 1917: rééducation de la marche, service agricole, suppression d'une canne.

Note du Service de physiothérapie: légère amélioration.

Le 23 novembre 1917: ordre d'évacuation sur l'H. C. n° 3 de Besançon.

EXAMEN DU 5 AVRIL 1921

Nous avons revu notre malade le 5 avril dernier. Il présente toujours un double pied varus. Le bord interne de la face plantaire est fortement relevé soit à gauche soit à droite, et le malade marche uniquement sur le bord externe. Dans la position allongée, au repos, les deux pieds ont l'attitude normale, mais légèrement déviés en dedans. Si on les soulève on trouve alors les deux pieds ballants par relâchement articulaire tibio-tarsien, surtout marqué à gauche.

Le malade marche aujourd'hui sans canne, mais avec des chaussures spéciales; chaussures avec tiges métalliques rigides de chaque côté, et leggings de cuir remontant très haut, presque jusqu'aux genoux. La marche ne le fatigue pas trop, mais il n'a pu reprendre son travail de cultivateur.

A notre interrogatoire, il fait à nouveau le récit que nous venons de transcrire, insistant sur ceci: que les divers traitements suivis n'ont amené chez lui presque pas d'amélioration.

A l'examen le malade présente:

1° *Mensuration des membres inférieurs.* — Toutes les mensurations faites aux deux jambes et aux deux pieds sont égales sur toute la hauteur. Il n'y a donc pas d'atrophie musculaire.

2° *Réflexes tendineux et idio-musculaires.* — Ces réflexes sont normaux des deux côtés.

Les réflexes rotuliens, achilléens, interosseux et plantaires sont normaux.

Les réflexes idio-musculaires sont également normaux.

3° *Electro-diagnostic.* — A l'examen électrique nous ne trouvons pas de modifications qualitatives des réactions électriques.

DIAGNOSTIC DU 5 AVRIL 1921

Après pareil examen nous nous arrêtons au diagnostic suivant :

« Double pied varus de nature purement psychonévrosique au début. La déformation et l'impotence ne sont expliquées par aucune lésion nerveuse, articulaire ou osseuse. Cette déformation s'est à la longue compliquée de relâchement articulaire tibio-tarsien, résultant de tiraillements musculaires et ligamenteux, causés par la marche sur le bord externe du pied.

» Cette laxité articulaire est particulièrement marquée à gauche ».

De l'observation précédente, il ressort que nous sommes en présence d'un homme, qui, d'abord commotionné par l'explosion d'un projectile à proximité, a présenté quelque temps après un double pied bot, et que malgré les divers traitements suivis par lui, dans les hôpitaux où il est successivement passé, cet homme ne présente après six ans, presque pas d'amélioration.

Nous allons essayer, et ceci sera le plan de notre travail; d'expliquer d'abord, cette attitude vicieuse, de rechercher quelle peut être sa cause, en un mot, d'en esquisser l'étiologie. Dans un second paragraphe, nous discuterons la thérapeutique appliquée, thérapeutique dont le malade n'a tiré aucun profit, et nous terminerons en indiquant la ligne de conduite qui, à notre avis, aurait dû être tracée et suivie dès le début; et qui, pensons-nous, aurait donné des résultats satisfaisants et surtout rapides.

I

Comme l'on peut s'en rendre compte, à la simple lecture de la longue observation que nous avons transcrite, rien qui nous donne la raison de ce pied bot, aucune lésion, qui paraisse nous expliquer pourquoi cet homme a commencé quelque temps après sa commotion, à marcher sur le bord externe de la plante des pieds, et surtout pourquoi il a fixé cette attitude vicieuse, d'une façon qui paraît définitive.

L'hypothèse de simulation, disons-le de suite, est absolument à écarter. Pour si fort simulateur qu'il ait pu être au début, notre malade n'aurait pu fixer aussi longtemps une telle attitude. Il n'aurait pas tardé à se laisser prendre en flagrant délit, pendant les longues périodes d'observation, auxquelles le soumirent des médecins aussi expérimentés que ceux qui l'ont soigné.

Une lésion seule, osseuse articulaire ou nerveuse pourrait nous expliquer pareille attitude.

Mais du côté osseux, nous ne trouvons rien. L'examen radiologique, nous dit l'observation, ne révèle rien au niveau des articulations tibio-tarsiennes. Un deuxième examen ne révèle aucune lésion appréciable dans la région examinée (cou-de-pied gauche).

Pas davantage du côté articulaire, et si nous observons aujourd'hui, un relâchement excessif des articulations

tibio-tarsiennes c'est comme nous l'avons dit dans notre observation, une complication de l'attitude vicieuse initiale, résultant de firaillements musculaires et ligamenteux, causés à la longue, par la marche sur le bord externe du pied.

Du côté nerveux enfin une lésion du sciatique poplité externe soit paralysie, soit interruption complète, pourrait seule nous expliquer pareil trouble.

La paralysie de ce nerf se traduit par la suppression des mouvements de relèvement ou d'extension du pied et des orteils; par l'abolition des mouvements de rotation en dedans, et d'élévation du bord interne que détermine le jambier antérieur; par la perte enfin des mouvements de torsion en dehors, d'abduction et de relèvement du bord externe que détermine le groupe des péroniers. A ces troubles s'ajoute l'affaissement de la voûte plantaire.

Il résulte de cette paralysie une chute du pied, la pointé dirigée vers le sol, et une démarche spéciale, le steppage. En outre les orteils sont fléchis par suite de l'antagonisme des extenseurs.

Chez notre malade, nous n'observons rien de tout cela. Nous n'avons ni affaissement de la voûte plantaire, ni steppage, ni flexion des orteils, et nous observons au contraire une élévation du bord interne.

Le syndrome d'interruption complète du sciatique poplité externe, est caractérisé par la perte complète et rapide du tonus musculaire, exagérant la chute du pied, et par l'atrophie musculaire rapide.

Rien de semblable chez notre malade. Il y a bien au début hypotonie, mais qui disparaît à la longue, et la chute des pieds est due à la laxité anormale des articulations tibio-tarsiennes, produite à la longue par la marche sur le bord externe. Quant à l'atrophie musculaire il n'y en a pas, même après six ans.

En outre, comme nous l'avons fait remarquer dans notre examen, les mensurations pratiquées par nous, ne dénotent pas d'atrophie.

Les réflexes sont normaux, soit les réflexes tendineux: rotuliens, achilléens, interosseux et plantaires, soit les réflexes idio-musculaires. Un premier examen électrique, fait le 7 mars 1917, nous dit que: les réactions électriques sont égales des deux côtés.

Un second, fait le 5 avril 1921, nous donne comme résultat: pas de modifications qualitatives des réactions électriques.

Nous ne pouvons donc conclure à une lésion nerveuse périphérique. Et si nous avons eu un peu d'hypotonie musculaire par inaction, nous ne trouvons par contre, ni atrophie musculaire, ni perte de tonus, ni troubles des réflexes, ni troubles trophiques. C'est là le propre des fausses paralysies, ou mieux des paralysies artificielles, comme les appelle Tinel.

Donc, pas de lésion nerveuse, et en particulier, pas de lésion du sciatique poplité externe.

Et devant les conclusions négatives des examens neurologiques, électriques et radiologiques, nous pouvons affirmer que la déformation et l'impotence que nous présente cet homme, ne sont expliquées par aucune lésion osseuse, articulaire ou nerveuse.

Il ne nous reste plus qu'un groupe nosologique dans lequel nous puissions classer cette affection, c'est celui si vaste des psychonévroses. Ce double pied bot varus nous paraît donc de nature purement psychonévrosique, nous allons essayer de le démontrer.

II.

Notre malade a d'abord été commotionné. L'explosion d'une torpille allemande à ses pieds, a déterminé chez lui divers accidents nerveux: les uns immédiats, les autres consécutifs suivant les premiers de quelques jours.

Parmi les accidents nerveux immédiats, nous trouvons, dans la première observation, des troubles auditifs et des troubles de la vue, mais surtout des symptômes d'émotivité, d'irritabilité, et d'instabilité mentale, ainsi que des troubles légers de l'attention.

Parmi les accidents nerveux consécutifs, nous notons toute une série de troubles de la motricité: le malade marche avec peine en décomposant le pas, il présente de la tremulation, ainsi que divers troubles psycho-névropathiques de la fonction de la marche: astasie-abasie, et finalement, boiterie d'habitude avec pied-bot bilatéral.

Il y a donc eu commotion, mais que nous appellerons avec Claude et Roussy, commotion indirecte: la pathogénie des accidents, relevant ici, non d'un ébranlement physique, mais psychique.

Cette symptomatologie en effet n'est pas celle de la commotion directe du système nerveux central, consécutive au violent ébranlement de l'axe cérébro-spinal. La commotion cérébrale grave donne lieu à des manifestations toutes différentes: elle se traduit immédiatement

par la perte de connaissance, et par le coma complet : type des comas cérébraux, avec résolution musculaire, et abolition de la réflexivité musculaire et cutanée.

Ici, rien de semblable, nous notons une commotion moins grave, avec simplement perte de connaissance passagère et amnésie. La musculature des membres, il est vrai, est hypotonique et le blessé ne peut se tenir seul (quand il est debout, ses jambes se dérobent sous lui; lisons-nous dans l'observation); mais rien ne révèle une altération organique des centres nerveux. Voilà pourquoi, nous le redirons plus loin dans notre dernier chapitre, au sujet du traitement, cet accident commotionnel, relevant d'un trouble organique, fonctionnel et passager, doit être rapidement curable par la psychothérapie.

Mais cette commotion cérébrale indirecte, quoique non grave, a transformé notre malade. Nous n'avons plus affaire, dès lors, à un être normal. Ce qui domine maintenant son tableau clinique, comme symptôme de premier plan, c'est le trouble psychique « l'état confusionnel », comme disent MM. Roussy et Lhermitte. Notre malade semble ne rien entendre, il paraît toujours obnubilé, absent à tout ce qui l'entoure. Mais cela ne va pas durer. Au bout de quelques jours, au moment où il sortira de cet état, nous serons en présence d'un homme nouveau, arrivé au moment critique de l'état de sa suggestibilité.

Cette commotion indirecte l'aura mis dans un état de réceptivité tout particulier vis-à-vis de l'auto ou de l'hétéro-suggestion. A la faveur d'une épine organique minime, nous le verrons réaliser d'abord une attitude vicieuse de ses pieds, et fixer ensuite cette attitude en un pied-bot définitif.

Quelle est donc cette épine organique qui après sa commotion, va faire de notre malade un infirme? La première observation nous le dit:

Le malade ne peut se courber (douleur dans les reins). Il décompose le pas et marche en décomposant avec peine. Dans la station debout, tendance à se poser sur le bord externe du pied gauche.

Douleurs articulaires surtout aux genoux, et une douleur profonde accusée à la pression et à la percussion du mollet et de la face plantaire des pieds.

Comme on le voit cela est peu, mais cela va suffire pour expliquer pareille attitude. Nous avons noté également dans l'observation, qu'entre la commotion, l'émotion causale, et l'accident psycho-névropathique, s'interpose une phase silencieuse d'une durée de quelques jours : « Les troubles de la marche, lisons-nous, auraient commencé quelque temps après la commotion, alors qu'on le soignait, à Tours, pour les oreilles ».

Cette période silencieuse est une phase d'incubation, que nous considérons comme nécessaire à la réalisation de l'accident psycho-névropathique.

En effet, maintenant qu'hospitalisé notre malade sent que tout danger est écarté, l'instinct de conservation perd chez lui, toute son influence frénatrice sur les phénomènes émotionnels, et ceux-ci ayant libre cours, vont alors être fixés.

Depuis sa commotion, notre malade ne peut se courber, il souffre des genoux. L'attitude vicieuse répond donc au début à la logique. Que si notre malade marche sur le bord externe de la plante des pieds, c'est que dans cette attitude, il doit souffrir moins. C'est la douleur initiale qui crée une attitude anormale une utilisation défectueuse de ses membres inférieurs. Eprouvant quelques douleurs au niveau de ses genoux, il évite de se servir de ses jambes, et lorsqu'il le fait, il le fait de façon telle qu'elle entraîne le minimum de douleur du côté de ses articulations malades.

La douleur profonde (signalée plus haut) qu'accuse le malade, à la pression et à la percussion de la face plantaire des pieds, est exaspérée par la marche, par la station debout, où le poids du corps vient faire pression sur les points douloureux, et cela nous explique pourquoi notre sujet va finir par ne plus marcher que sur le bord externe de la plante des pieds, réalisant ainsi un double pied-bot varus.

La raison de cette attitude est donc la douleur aux genoux et à la face plantaire des pieds. M. le professeur Rimbaud, dans une de ses publications sur les « Boîteries d'habitude » en donne cette raison : « Au point de vue médical, dit-il, ce sont avant tout les névralgies sciatiques, les douleurs articulaires du genou et de l'articulation tibio-tarsienne qui les déterminent ».

Cette démarche deviendra peu à peu automatique, et notre malade plus ou moins inconsciemment ne pourra plus la modifier, d'autant plus qu'il le voudra peu ou même pas du tout. Au début, il essaye bien de réagir, mais la douleur est là, chaque fois, qui l'en empêche, et il ne réagira plus. Cette attitude vicieuse ira en s'exagérant, et bientôt elle sera fixée. C'est ici que va intervenir un facteur très important, que nous avons déjà fait entrevoir plus haut : l'auto-suggestion.

Notre malade va, perdant de plus en plus l'habitude de la démarche normale. Si au lieu d'échouer à ce moment dans un Centre neurologique, où l'on aurait tôt fait de redresser ses pieds, il a la malchance de rester ou d'être envoyé dans un hôpital quelconque, c'en est fait, le voilà devenu un infirme. Les divers traitements qu'on va lui appliquer : appareils plâtrés, massages, électricité, vont naturellement, nous verrons plus tard pourquoi, rester chez lui sans résultat, et devant les échecs répétés de cette

thérapeutique irrationnelle et mal fondée, voilà notre homme qui perd peu à peu l'espoir de guérir. Il sait déjà, ou même il pourra voir de ses propres yeux, dans les diverses formations où il passera, qu'après avoir été comotionnés comme lui, d'autres de ses camarades, sont restés, les uns plicaturés les autres paralysés, les autres contracturés ou boiteux, et il se fait à cette idée, que lui aussi va rester infirme comme eux. Peut-être, certains médecins, ont-ils devant lui prononcé à la légère, le mot de paralysie, et le voilà convaincu définitivement de son infirmité. Il continue à marcher comme il le peut, mais sans plus essayer aucun effort pour se redresser.

Cette attitude vicieuse est passée dans le champ de l'inconscient, elle est devenue une habitude. Et c'est cette habitude qui maintiendra à elle seule le trouble fonctionnel dont le sujet sera désormais dans l'impossibilité de se débarrasser seul.

« L'habitude, dit Meige, crée l'aptitude à l'attitude ».

Au début, cela l'ennuie bien un peu, mais sous l'influence de la vie hospitalière, grâce aussi, à la sollicitude qui l'entoure dans les diverses formations, cette infirmité devient peu à peu facilement supportée : le malade s'y habitue. Il désire bien encore guérir, mais les divers traitements auxquels il a été soumis restant toujours sans résultat, l'idée d' incurabilité s'est définitivement installée dans son esprit. Il se soumettra bien, volontiers encore, à d'autres traitements, mais ne voyant pas plus d'amélioration, il est absolument sûr cette fois, qu'il n'y a plus rien à faire.

Et notre malade va commencer dès lors à s'organiser une petite vie hospitalière, qui ne sera pas dénuée de tout agrément. Cette vie lui semble bien supérieure à la vie pénible qu'il a menée au front et à laquelle le recondui-

rait fatalement la guérison. Et dans son esprit celle-ci devient maintenant peu enviable. Il la désire moins que jadis, il finira même par la redouter. Inconsciemment, notre homme devient un prolongateur. Il a été blessé, c'est parce qu'il a fait son devoir, qu'il est réduit à la triste situation actuelle. Il est donc une victime de la guerre à qui l'Etat doit une réparation. Une seule solution lui paraît maintenant équitable: la réforme et une pension.

Voilà bien, pensons-nous, le rôle de la suggestion: de l'auto-suggestion d'abord, du malade par lui-même, rôle surtout manifeste dans la création des accidents psychonévropathiques; de l'hétéro-suggestion ensuite, suggestion exogène, venant soit de l'entourage, de malade à malade, soit du personnel médical; rôle surtout important, non plus dans la création, mais dans la persistance de ces mêmes accidents.

L'accident de notre malade est donc classé, son étiologie décrite. Si nous voulons maintenant schématiser la chose, nous pouvons dire en trois mots: « Commotion d'abord, épine organique ensuite, favorisant l'auto-suggestion, origine immédiate de l'accident psychonévropathique ».

III

Disons maintenant quelques mots sur les psychonévroses et leur étiologie générale. Nous ne pouvons ici, citer les nombreuses observations que nous avons là-dessus ; cela serait beaucoup trop long. Nous nous contenterons de celle de notre pied-bot, parce qu'elle nous a paru typique, et qu'elle nous intéressait tout particulièrement ; d'autant plus que nous avons eu l'occasion de suivre et de revoir notre malade.

Nous allons seulement envisager la question d'un point de vue général, et étudier l'étiologie des psychonévroses de guerre dans leurs éléments essentiels, pour en indiquer les facteurs de prédisposition et les facteurs déterminants.

Disons d'abord que le plus fréquemment, c'est à la suite d'une commotion par éclatement d'obus à proximité, d'un traumatisme, d'une maladie, d'une blessure que peut naître et se fixer un accident psychonévropathique. Mais, comme MM. Roussy et Boisseau, qui l'ont très bien dit dans leur livre sur « le traitement des psychonévroses de guerre », nous pensons que, dans les psychonévroses, la prédisposition morbide acquiert une importance de premier ordre. La constitution morbide névropathique, héréditaire ou acquise, est un facteur des plus importants dans le déterminisme des accidents psychonévropathiques.

Dans l'immense majorité des cas, les sujets qui présentent de tels accidents sont des prédisposés. Ce sont des prédisposés héréditaires, constitutionnels souvent, prédisposés dès l'enfance, par la conséquence d'une éducation fréquemment défectueuse.

Mais la constitution n'est pas le seul facteur de prédisposition aux psychonévroses. Il y a aussi les fatigues physiques et morales, l'insuffisance passagère d'alimentation, les intoxications et surtout l'alcool. Comme on l'a dit pour la tuberculose, on peut répéter que bien souvent l'alcool fait le « lit » à la névrose.

Voilà pour les facteurs généraux de prédisposition.

Quels sont maintenant les facteurs déterminants? Nous les résumerons aux quatre principaux suivants: la commotion, l'émotion, le traumatisme local, la suggestion.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous distinguons la commotion directe, qui détermine souvent des lésions matérielles du système nerveux, de la commotion indirecte qui elle, donne surtout lieu aux accidents psychonévropathiques.

L'émotion, comme la commotion, suffit à déclencher la névrose ou à fixer sur un appareil le trouble psychologique qui est à la base même de l'accident névropathique.

Quelle part doit-on faire à l'émotion ou à la commotion? La question à l'heure actuelle est fort loin d'être élucidée. Faire le départ de ces deux facteurs est très difficile. Disons seulement que bien souvent s'additionnent l'émotion et la commotion.

Quant au traumatisme local, il tient ici un rôle de premier plan. Il ne suffit pas à lui seul à créer l'accident névropathique chez un sujet prédisposé, mais il constitue l'agent de fixation d'un état névropathique imprécis jusque là. En apportant, par exemple, des perturbations évi-

dentes dans la motricité et la sensibilité d'une région du corps, il suggère dans l'esprit du sujet, à la faveur de l'anesthésie mentale émotionnelle, l'idée d'un trouble fonctionnel plus grave que celui qui répond aux modifications organiques créées par le traumatisme.

Et c'est alors qu'intervient l'auto-suggestion, qui va fixer chez le névropathe, d'une façon définitive, cet état d'impotence fonctionnelle.

Signalons enfin le rôle de la suggestion exogène, ou hétéro-suggestion, rôle qui, nous l'avons montré plus haut, est très net en ce qui concerne la persistance des accidents.

Donc, en dernière analyse, les deux facteurs principaux de l'accident névropathique ou de la psycho-névrose sont : la commotion ou l'émotion favorisant l'auto-suggestion, origine immédiate de l'accident psycho-névropathique.

III

TRAITEMENT DES PSYCHONÉVROSES

Bien que nous ayons intitulé notre travail : « Pied tordu névrosique », le traitement que nous allons indiquer ici, en un dernier chapitre, ne s'applique pas seulement aux psychonévrosés ayant réalisé un pied-bot, mais bien à tous les psychonévrosés en général, quelle que soit la forme qu'ils présentent.

Le traitement des psychonévroses en effet découle directement de leur nature. Ces troubles ayant essentiellement et uniquement pour base, un élément psychique, relèvent de la psychothérapie.

Et ceci nous explique pourquoi tous les traitements tentés chez notre malade, traitements tous sans psychothérapie, étaient fatalement voués à l'échec. Que ce soit rééducation ou massages, le résultat en devait rester négatif. Bien mieux, certains, comme les appareils plâtrés ne pouvaient que lui nuire ! Ce que nous lisons dans l'observation première nous le prouve : « Le malade a été immobilisé dans le plâtre, pendant une dizaine de jours, en vue du plâtre-massage ; à sa sortie du plâtre, le renversement du pied s'est trouvé plus accentué ; l'atonie musculaire s'était donc accusée du fait de l'immobilisation ».

Ce résultat négatif ne nous étonna nullement. L'appa-

reil plâtré a immobilisé non seulement les pieds de notre malade, et la déformation ne s'en est trouvée que plus accentuée, mais il a immobilisé surtout son psychisme, et grâce à l'anesthésie mentale provoquée par la commotion, le malade incapable de réagir, s'est cru beaucoup plus atteint qu'il n'était en réalité. Cet appareil a surtout frappé son imagination, et a achevé de faire de lui un infirme.

Done, chez les psychonévrosés, qu'ils présentent soit des troubles psycho-moteurs de la fonction de la marche, soit des troubles psycho-sensitifs ou psycho-sensoriels, une grande règle s'impose: ne rien entreprendre, ne tenter aucun traitement, pas plus plâtrés, que massages, ou rééducation, sans psychothérapie. C'est là la base, et ce sera là, souvent, tout le traitement. Cette psychothérapie, c'est celle qu'ont préconisée et pratiquée depuis nombre d'années, les Déjerine, les Dubois, les Babinski. C'est la psychothérapie raisonnée et persuasive. « Elle consiste enfin, comme le dit Brissaud, dans l'ensemble des moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté, et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable ».

Disons maintenant comment nous concevons cette psychothérapie, à quelle méthode nous nous adressons, et comment elle doit être menée, de façon à agir sûrement et surtout rapidement.

Il y a certainement plusieurs méthodes de psychathérapie; nous citerons seulement l'hypnotisme et la suggestion directe; mais disons de suite que ces moyens doivent être définitivement rejetés. Seule la persuasion raisonnée, telle que la pratiquait le professeur Déjerine, nous paraît une méthode parfaite.

Elle consiste à montrer au malade la nature véritable de sa maladie, à lui prouver surtout qu'elle n'est due à au-

eune lésion organique, mais bien tout simplement à une conviction erronée, à une suggestion mauvaise qui s'est établie dans son esprit, et à le persuader enfin qu'il ne dépend que de lui de corriger cette erreur, dont la disparition lui permettra de mobiliser ses membres qu'il croit paralysés. En un mot, cette méthode emploiera un raisonnement exact, plus ou moins scientifique suivant les sujets, et qui arrivera à entraîner la conviction du malade. C'est la seule, nous semble-t-il, qui permette le mieux d'agir sur l'état psychique; nous avons dit déjà, que c'était là le point important.

Mais la persuasion raisonnée ne doit pas être employée seule. Si seule, elle doit suffire chez des hommes d'intelligence exceptionnelle, elle risquera d'échouer, au contraire, chez ceux d'intellect moyen ou insuffisant, et surtout chez ceux qui ont perdu tout espoir, parfois même tout désir de guérir. Elle a besoin d'adjuvants. Ces adjuvants sont: l'isolement, l'électro-faradisation et la rééducation.

Nous allons indiquer maintenant les divers temps de la méthode:

Le premier et le plus important est la préparation du malade. Cette préparation se fait par conversations persuasives. Après un examen approfondi, et un diagnostic sûrement posé, on avertit le malade de sa curabilité. Dès lors on s'efforce progressivement d'enlever de son esprit l'idée trop souvent ancrée, que les médecins ne peuvent plus rien pour lui, qu'il est définitivement infirme. On cherche à lui faire comprendre la nature du trouble dont il est atteint. On le rassure sur sa gravité et on lui promet enfin la guérison. Tout cela doit être fait avec simplicité, calme et sollicitude, mais en procédant par affirmation. C'est ce calme, cette sûreté, cette foi dans l'affir-

mation qui suggestionnent pour ainsi dire le malade. C'est là la suggestion raisonnée, suggestion à l'état de veille.

Si l'occasion s'en présente alors, on peut appuyer son raisonnement sur des exemples de malades guéris, encore présents dans le service, et laisser quelque temps le malade au milieu d'eux. Ces causeries avec des camarades guéris, achèvent fréquemment d'entraîner une conviction jusque-là hésitante. Leur influence est énorme, et comme le dit M. le professeur Rimbaud : « Cette psychothérapie, que j'appellerai volontiers « psychothérapie mutuelle », est certainement de toute efficacité » (1).

Une fois le malade bien convaincu de sa guérison, ce qui se traduit souvent par ses demandes instantes et spontanées d'être traité le plus tôt possible, on peut passer au temps suivant, et soumettre le malade au traitement électrique. Mais nous croyons qu'il est préférable, de remettre à quelques jours plus tard l'électrisation, jours pendant lesquels le malade sera isolé, et ceci afin de pouvoir choisir le moment optimum de cette période d'incubation psychothérapique. Il faut que le malade se mûrisse, et ce n'est qu'une fois mûr, si nous pouvons ainsi nous exprimer, qu'on le cueillera à souhait.

Le deuxième temps sera donc l'isolement. Cet isolement pourra varier suivant les malades, mais il sera ordinairement très court, deux ou trois jours au plus. Cet isolement, d'après nous, a pour but : de renforcer l'effet suggestif, que l'on entretient au moyen de courtes conversations, pendant les visites et les contre-visites journalières.

(1) L. Rimbaud : « Le traitement des psychonévroses de guerre et des troubles nerveux dits « réflexes ». Une visite au centre de neurologie de la VII^e région. » *Marseille Médical*, n° 27, 1^{er} octobre 1917.

res; mais surtout, il rend la persuasion plus facile et plus efficace en soustrayant les malades aux influences souvent néfastes de leur entourage.

C'est alors au bout de ces quelques jours, que nous croyons le malade arrivé à maturité psychique. Il est prêt pour le troisième temps: temps de décrochage, où grâce à la faradisation, on va faire disparaître le trouble psychonévrosique.

On commence de nouveau par affirmer au malade la certitude que l'on a de le guérir. Cela fait avec conviction, doucement, et avec cœur; et le malade bien persuadé, on aura recours à l'électricité. L'électricité a, auprès des malades, une réputation de grande activité, mais aussi en faisant contracter les muscles, elle fait exécuter au patient des mouvements qu'il ne peut faire volontairement, et c'est à ce titre qu'elle a une remarquable valeur suggestive.

C'est la raison pour laquelle nous l'employons de préférence à l'hydrothérapie, ou aux injections hypodermiques de bleu de méthylène, par exemple.

L'électricité peut être utilisée sous la forme de courant galvanique, soit sous la forme de courant faradique. Avec MM. Roussy et Boisseau, nous préférons le courant faradique car il est moins douloureux. L'appareil est la pile Gaiffe, avec ses simples piles sèches (modèle service de santé). On se sert de la bobine à fil fin, qui permet de donner s'il en est besoin des courants plus actifs, et comme excitateurs, d'abord des tampons puis du pinceau métallique. Mais il ne faut pas que le malade trouve le courant pénible. Nous diminuons alors l'intensité et nous prions le malade de nous prévenir, lui affirmant qu'il n'est pas nécessaire de lui faire mal pour le guérir.

Le malade complètement déshabillé, est étendu sur un

lit, où il sera d'abord traité couché, surtout pour les troubles moteurs des membres inférieurs. Les points où l'on applique les tampons seront de préférence les points moteurs, puisqu'ils permettent d'obtenir les contractions musculaires les plus intenses. On obtient ainsi des mouvements que le patient ne peut exécuter spontanément, et on le lui fait remarquer. On recommence ainsi plusieurs fois pendant un certain temps, en continuant les affirmations persuasives, sans lesquelles l'électrisation aurait grande chance de rester sans effet.

C'est alors le moment critique. Quand on sent la conviction du malade parfaite, on arrête la faradisation, et l'on fait immédiatement exécuter au malade les mouvements antérieurement impossibles, en l'y aidant au début, si cela est nécessaire, en lui faisant dire combien il se sent plus léger, plus souple, quelle modification s'est produite dans l'état de sa motilité, en lui faisant constater enfin avec quelle facilité, il peut accomplir maintenant les mouvements qu'il était incapable de faire auparavant.

Il est souvent utile de faire effectuer ces mouvements dans une position qui change l'automatisme du malade. On corrigera ainsi l'attitude en varus d'un pied, le malade étant dans la position horizontale, ou encore, on fera immédiatement courir, et non pas marcher, un boiteux d'habitude. L'important est d'agir vite, par surprise, sans laisser au malade le temps de la réflexion, surtout au moment où l'on commence à faire exécuter les mouvements. Il faut agir, en un mot, suivant la méthode brusquée de Babinski: chercher à obtenir tout de suite, le maximum d'étendue, des mouvements autrefois déficients ou nuls.

Et voici ordinairement nos malades guéris. Les résultats, disons-le, sont cependant variables. Ce peut être de suite la complète guérison, le trouble psycho-névropathi-

que disparaissant en totalité, tout rentrant brusquement dans la normale. Ce peut être le véritable miracle, avec état psychique tout à fait spécial: le sujet déborde de joie, rit, pleure, dit son contentement, son émerveillement. D'autres fois, le résultat est complet au point de vue moteur, mais le malade en reste indifférent. On peut voir enfin, certains malades regretter leur guérison. Cela se voit surtout chez les prolongateurs, que l'on a pu guérir de leur paralysie par surprise, chez ceux que M. d'Elnitz appelle si justement, les « décrochés malgré eux ». Il faudra dans ce cas reconduire ces malades dans leur salle, pour que leurs camarades puissent se rendre compte des résultats obtenus. Cette démonstration immédiate rendra la récurrence plus difficile à réaliser, par les sujets de mentalité suspecte.

Mais lorsque le déclenchement se fait attendre (disons, cependant, que l'on peut prolonger la séance durant plusieurs heures consécutives), et si le sujet donne des signes de fatigue manifeste, il vaut mieux suspendre, et remettre au lendemain. Ceci se présente surtout dans les formes anciennes, et certains malades nécessitent deux ou trois séances, parfois même davantage.

Voici donc un pied-bot, un plicaturé, un boiteux d'habitude qui marchent droit. Ils sont guéris. C'est un résultat, mais qui a besoin d'être consolidé, et c'est en ceci que consistera le dernier temps de la méthode que nous avons indiquée. Nous désignerons ce temps: fixation du résultat obtenu. On y arrive par rééducation physique et psychique.

Par une série d'exercices appropriés et choisis, on réhabitue le sujet à remplir de mieux en mieux la fonction qui lui a été rendue. On lui fait recouvrer l'utilisation physiologiquement normale du membre malade. Et si l'on

peut enfin, on lui trouve une occupation répondant autant que possible à sa profession. Disons que ces occupations professionnelles ont donné dans les Centres où l'on a pu les exercer, d'excellents résultats. La guérison une fois solidement établie on soumettra le malade à un entraînement-militaire. Toujours sous la surveillance des médecins les récidives seront évitées, et après avoir refait de ces convalescents des hommes, par une rééducation militaire bien conduite, on en fera souvent des soldats.

Voilà, indiquées, croyons-nous, les grandes lignes du traitement des psychonévroses. Disons, en terminant, quelques mots, sur le traitement particulier du cas qui nous occupe. Ce redressement des « pieds tordus » par rééducation psychothérapique est la méthode de M. Rimbaud, qui en a obtenu d'excellents résultats. Notre cher Maître a bien voulu nous la communiquer, et nous la décrivons ici tout au long :

« A l'examen du sujet, dit-il, il est facile de se rendre compte de la cause du pied tordu. On s'assure d'abord, de la mobilité de l'ensemble du pied; on essaye de corriger passivement l'attitude.

» Lorsque la réduction passive est obtenue, il faut arriver à avoir le relèvement actif du pied. Nous commençons par faire maintenir le pied sur le plan du lit après l'avoir passivement relevé nous-mêmes; puis, peu à peu, après avoir expliqué au malade ce que nous voulons, nous finissons par obtenir qu'il redresse son pied lui-même. On lui fait faire cet exercice en position dorsale et en position ventrale, la jambe fléchie.

» La rééducation de la marche commence alors. Le sujet marche très lentement, pieds nus; avant de poser le

pied sur le sol nous lui faisons faire le redressement actif que nous lui avons appris à réaliser en position horizontale; à chaque pas, nous insistons pour qu'il fasse ce redressement complet, pour que la plante soit en bonne position avant que le pied ne se pose sur le sol. De temps à autre le malade s'arrête et se tient sur le pied malade mis en bonne position. Entre chaque séance, il garde le lit pour que l'attitude vicieuse ne se reproduise pas.

» Bien entendu, pendant le traitement, nous ne mettons jamais d'appareil plâtré; nous ne tolérons même pas de chaussure orthopédique dont l'action se substitue à l'effort volontaire qu'il faut obtenir. Quand le varus a définitivement cédé, les sujets sont mis au peloton de marche d'entraînement ».

Voilà le traitement qu'aurait dû subir notre pied-bot, et nous ne serions pas, aujourd'hui, en face d'un infirme. Disons, en terminant, et sans risque d'exagération, que presque tous les psychonévrosés, sont susceptibles de guérir par la psychothérapie bien appliquée.

Sans doute, chaque neurologiste aura ses méthodes personnelles; sans doute aussi il y a de multiples façons de procéder, variables suivant les cas et les individus: méthodes lentes, méthodes rapides. De même que tel malade fait son accident psychonévrosique à sa manière, de même, tel médecin impliquera à sa méthode thérapeutique une note individuelle. En somme, tout cela est affaire d'équation personnelle. Ce qui ne devra pas varier ce sont les divers temps de la méthode que nous avons exposée, les grandes lignes directrices.

Quant aux échecs, il y en a naturellement, ils tiennent

le plus souvent à une faute de thérapeutique : milieu défavorable, erreur de diagnostic au début, traitement trop tardif, et surtout manque d'intérêt et de temps de la part des médecins. Plus rarement, ils relèvent du malade lui-même, de son état psychique : mauvaise volonté, refus de traitement.

En somme, vouloir guérir un psycho-névropathe, c'est engager avec lui, une lutte morale dont on doit sortir victorieux.

Tel est, en dernière analyse, le secret de la psychothérapie.

CONCLUSION

Quelles conclusions tirer de ce court travail? Quelles applications pratiques? Une seule, croyons-nous en découle. Ces quelques idées que nous venons d'émettre, ne peuvent être de grande utilité dans la pratique courante: les psychonévroses s'y rencontrant peu, sauf dans les accidents du travail.

Tout autrement en sera-t-il dans la guerre future! Nous n'allons pas juger ici, des hommes, ni des traités. Le cadre de notre travail, ne nous en donne pas le droit. Disons seulement, que les différents pactes conclus sont loin de nous mettre totalement à l'abri de nouveaux conflits. Et ce sera, une fois de plus, la consécration du vieil adage: « Si vis pacem para bellum ». La victoire ira à ceux qui auront su prévoir.

Il s'impose donc, la création dès le début, de services spéciaux, de centres neurologiques ou neuro-psychiatriques, soit à l'intérieur, soit dans la zone des armées, où seront directement hospitalisés les psychonévrosés.

Et dès lors un double résultat est assuré: la cure rapide d'abord, des troubles acquis; mais surtout, par des mesures prophylactiques appropriées, la lutte contre l'extension, par contagion morale, des troubles névropathiques.

Puissions-nous contribuer de la sorte, pour notre faible part, au plus grand bien de ceux qui seront ainsi traités, et au plus grand bien de la collectivité.

BIBLIOGRAPHIE

RIMBAUD. — Les pieds tordus. Leur redressement par rééducation psychothérapique.

— Les « boiteries d'habitude ». Leur traitement par la rééducation.

— Le traitement des psychonévroses de guerre et des troubles nerveux dits « réflexes ».

GRASSET. — Les psychonévroses de guerre. *Presse médicale*, 1^{er} avril 1915.

— Le traitement des psychonévroses de guerre. *Pr. médicale*, 28 octobre 1915.

REGIS. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre. *Presse médicale*, 27 mai 1915.

ROUSSY et LHERMITTE. — Psychonévroses de guerre.

ROUSSY, BOISSEAU et D'ELSNITZ. — Traitement des psychonévroses de guerre.

TINEL. — Les blessures des nerfs.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 4 mai 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

Vu et approuvé.

Montpellier, le 4 mai 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
